

**200.2020.352.AI**  
N° AVS  
JEC/REN

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 15 avril 2021**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
C. Jeanmonod, greffière

**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

**Office AI Berne**  
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne  
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 7 avril 2020



**En fait:**

**A.**

A.\_\_\_\_\_, née en 1968, célibataire sans enfant, est au bénéfice d'un diplôme de coiffeuse et a travaillé en tant que telle de 1989 à 1992, puis de 1994 à 2009 comme trieuse codeuse auprès de C.\_\_\_\_\_. Elle a ensuite, d'octobre 2009 à février 2010, participé à un programme d'emploi dans la production industrielle au sein d'une institution spécialisée dans la réintégration professionnelle, et, de mars 2011 au 31 octobre 2015, elle a travaillé auprès d'une entreprise active dans le traitement de métaux précieux, dans un premier temps en tant que temporaire, puis comme collaboratrice de production. Après avoir été licenciée pour restructuration économique, l'intéressée a bénéficié à partir du 2 novembre 2015 de prestations de l'assurance-chômage.

Indiquant souffrir de hernies discales, l'assurée a sollicité, en avril 2008, une première fois des prestations de l'assurance-invalidité (AI). Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a, par décision du 30 septembre 2008 (confirmant une préorientation datée du 22 juillet 2008), rejeté la demande, au motif que l'assurée avait repris son activité lucrative à 100% depuis le 2 juin 2008.

**B.**

L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 8 mai 2017, invoquant souffrir d'une dépression, d'angoisses, de diabète, de hernies discales ainsi que de problèmes de concentration, de mémoire et de thyroïde. L'assurée a transmis par la suite deux rapports médicaux et un bilan socio-professionnel d'une fondation d'intégration professionnelle. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès de la caisse de chômage. Le service médical régional (SMR) de l'Office AI Berne a également été consulté. Sur sa recommandation, l'assurée a été sommée de suivre un traitement psychiatrique et psychothérapeutique. Un entraînement progressif dans

une structure protégée, avec un taux de présence d'au moins 50%, a été organisé du 22 janvier 2018 au 10 avril 2018 (prolongé du 23 avril au 22 juillet 2018). Par communication du 23 juillet 2018, un terme a été mis à la mesure de réinsertion au motif que le temps de présence et les performances n'avaient pu être augmentés, et aussi en raison de l'engagement, dès le 23 juillet 2018, de l'assurée au sein de la structure protégée à 50%. Par la suite, une expertise médicale psychiatrique a été réalisée (expertise du 30 août 2019). Sur cette base, l'Office AI Berne, par préorientation du 20 décembre 2019, a indiqué vouloir rejeter la demande de l'assurée.

#### **C.**

Nonobstant les objections déposées le 30 janvier 2020 par l'assurée représentée par un organisme d'entraide à l'encontre de la préorientation précitée, ainsi qu'au courrier de la psychiatre traitante du 25 février 2020, l'Office AI Berne a confirmé son prononcé par décision du 7 avril 2020.

#### **D.**

Représentée par un mandataire professionnel employé par un organisme d'utilité publique, l'assurée a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) le 18 mai 2020. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 7 avril 2020, ainsi que, principalement, au droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017, subsidiairement, à une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017 et, plus subsidiairement, que la cause soit renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans son mémoire de réponse du 24 juin 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, à la mise des frais à la charge de la recourante sans lui allouer de dépens. Par courrier du 6 juillet 2020, le mandataire de la recourante a fait usage de son droit de répliquer et par courrier du 13 juillet 2020, a indiqué renoncer à déposer une liste de frais détaillée en s'en remettant à la Cour pour la fixation de ses dépens.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 7 avril 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente entière de l'AI depuis novembre 2017, ainsi que subsidiairement, sur l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, voire sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Est particulièrement critiqué par la recourante le refus de l'intimé de lui reconnaître une atteinte à la santé psychique invalidante, refus, qui, selon elle, est contredit tant par l'appréciation de l'expert psychiatre que par celle de sa psychiatre traitante.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20], art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

## **2.**

### **2.1**

**2.1.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur [en français] jusqu'au 31 décembre 2020; voir art. 83 LPGA).

**2.1.2** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n° 2 c. 4.2). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

**2.1.3** Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

**2.2** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

## **2.3**

**2.3.1** Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 RAI). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI; voir également ATF 130 V 343 c. 3.5.3).

**2.3.2** Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

**2.3.3** La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA – en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b).

**2.3.4** Lorsqu'une modification notable de l'état de fait est donnée, le droit à la rente doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2019 IV n° 39 c. 5).

**2.4** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

**2.5** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

### 3.

**3.1** Dans la décision attaquée, l'intimé a considéré que l'assurée était en mesure d'assumer d'un point de vue médical des activités légères avec un taux d'occupation à 100%. Il n'a retenu qu'une atteinte à la santé physique et, en se référant à un salaire moyen statistique, a arrêté un taux d'invalidité à 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. En s'écartant des conclusions de l'expert psychiatre, l'intimé a estimé que la recourante n'endurait, sur le plan psychique, aucune atteinte à la santé de nature invalidante. Selon lui, la probabilité prépondérante des conséquences fonctionnelles mises en avant pour les atteintes psychiques médicalement constatées à l'aide d'indicateurs standards n'était pas avérée (existence de possibilités thérapeutiques, absence de comorbidité, très bon contact avec famille, collègues et amis, déroulement journalier régulier, manque de cohérence dans tous les domaines comparables de la vie, traitement pharmacologique inadéquat). S'agissant des objections dirigées contre le préavis, l'intimé a notamment indiqué que la recourante n'a apporté aucun élément propre à remettre en question cette appréciation et le rapport médical du 25 février 2020 n'attestait d'aucun fait nouveau relatif à une éventuelle modification de l'état de santé de la recourante. Dans son mémoire de réponse du 24 juin 2020, l'intimé a ajouté en substance que, bien que l'expertise ait force probante concernant l'état de santé de la recourante, les atteintes sont plutôt de caractère modéré et la recourante a de bonnes capacités et ressources personnelles. Concernant l'examen de la cohérence, l'intimé a souligné en particulier le taux sanguin infra clinique de l'antidépresseur et l'incohérence, relevée par l'expert, dans le fait de demander une rente AI tout en pouvant gérer son quotidien malgré la fatigue.

**3.2** La recourante est, quant à elle, d'avis qu'il n'existe aucun motif valable de s'écarter des considérations et conclusions de l'expertise, laquelle a retenu une atteinte à la santé invalidante à raison de 50% dans une activité adaptée. Elle fait valoir qu'il n'appartenait pas à l'intimé, sans avis de son SMR, de requalifier le diagnostic "trouble dépressif récurrent de degré moyen avec syndrome somatique" posé dans l'expertise médicale. Elle souligne, du reste, que la médecin psychiatre traitante s'est prononcée

pour un degré grave de ce trouble. Par ailleurs, la recourante prétend que même si l'intimé avait eu le droit de requalifier l'intensité, les éléments retenus n'étaient pas pertinents. Selon elle, on ne peut pas déduire du traitement pharmacologique le degré de gravité de la pathologie. Elle prétend, du reste, que le suivi médical pour ses troubles psychiatriques devait être qualifié d'intensif, car, en plus d'un suivi bimensuel chez son médecin-psychiatre, elle consultait une à deux fois par mois son médecin généraliste et sa médication était justifiée par le fait de vouloir éviter des effets néfastes par une adaptation faite sans précaution. Par ailleurs, elle est d'avis, en lien avec l'indicateur de comorbidité, que son trouble mixte de la personnalité anxieuse et dépendante la prive de certaines ressources. En outre, par rapport à l'indicateur contexte social, elle souligne, en se référant au rapport médical du 25 février 2020, qu'elle devait être sollicitée pour participer à une activité, ce qui est rarement le cas, et elle indique que l'expert a retenu un isolement partiel. Pour ce qui en est de la cohérence, elle relève que l'expert a reconnu des limitations fonctionnelles partielles mais significatives dans tous les domaines comparables de la vie depuis 2016, que ses ressources sont faibles et qu'il n'existe pas d'indice d'un refus de traitement. Enfin, concernant sa capacité résiduelle de travail, la recourante affirme que la description de l'activité adaptée faite par l'expert correspondait à une activité dans un atelier protégé. Elle est d'avis qu'il fallait, par conséquent, en déduire qu'elle ne peut en réalité plus trouver de travail sur le premier marché de l'emploi. En outre, elle prétend que sa capacité de travail ne pouvait être mise en valeur que lorsque son état de santé se sera stabilisé, ce qui n'était pas le cas au moment de la notification de la décision. Elle allègue également que, vu le certificat médical du 17 avril 2009, il fallait retenir comme revenu de personne valide le salaire (tout en l'adaptant à 2017) qu'elle percevait auprès de C.\_\_\_\_\_ à ce moment-là.

#### 4.

Il ressort de la décision que l'intimé a déterminé le degré d'invalidité de la recourante sans restriction et sans référence à la décision du 30 septembre 2008. Ainsi, implicitement, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle

demande du 8 mai 2017 et a retenu une modification des circonstances justifiant un nouvel examen complet tant sous l'angle des faits que du droit. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation pour les raisons suivantes. Premièrement, si l'entrée en matière n'est pas litigieuse, le tribunal ne doit pas revoir ce point (ATF 109 V 108 c. 2b). Deuxièmement, contrairement à la situation à la date de la décision présentement contestée, seules des hernies discales étaient alléguées, dans la demande de prestations AI du 16 avril 2008, comme atteinte à la santé. Troisièmement, le refus d'une rente ainsi que de mesures de réadaptation prononcé par décision du 30 septembre 2008 se motivait uniquement en raison du fait que la recourante avait pu reprendre à plein temps son travail, sans que de plus amples investigations concernant l'atteinte à la santé aient été effectuées.

## **5.**

Il ressort du dossier les éléments médicaux principaux suivants:

**5.1** Selon le certificat médical rhumatologique du 17 avril 2009, adressé le 26 mai 2017 à l'intimé par la recourante, celle-ci a des problèmes se situant au niveau du rachis lombaire et du bassin qui ont nécessité deux opérations de la colonne vertébrale et qui impliquent une réduction de la capacité de charge et l'évitement de travaux dans une position non physiologique de la colonne vertébrale. Le rhumatologue qui a établi le certificat a préconisé un travail permettant de changer fréquemment de position et a attesté, en tenant compte de ces restrictions, une capacité de travail entière.

**5.2** Il ressort du rapport médical du 20 février 2017, établi par un centre hospitalier, également fourni à l'intimé par la recourante, que celle-ci a un niveau intellectuel général inférieur à la moyenne (QI de 76 [WAIS-IV]) engendrant des restrictions cognitives et correspondant à un handicap d'apprentissage.

**5.3** Le rapport de sortie d'un centre hospitalier du 29 mars 2017 fait état d'une thyroïdectomie totale avec réimplantation d'une glande parathyroïde

réalisée le 16 mars 2017 et comme diagnostics d'un goître multinodulaire euthyroïdien bilatéral de volume croissant, d'une anémie normochrome normocytaire, d'un diabète sucré de type 2, d'une dépression moyennement sévère avec tendance au repli sur soi. Une incapacité de travail entière du 16 mars au 26 mars 2017 y a été attestée.

**5.4** Dans son rapport médical du 19 mai 2017, le médecin traitant a indiqué, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un niveau intellectuel inférieur à la moyenne avec restriction de l'attention et de planification des actions dès février 2017, un syndrome dépressif dès février 2016 et un diabète sucré de type 2 dès mars 2017. Comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné un état consécutif à une strumectomie avec thyroïdectomie totale pour un goître multinodulaire avec gênes respiratoires dès mars 2017. En outre, il a précisé que le travail physique de force était impossible. Enfin, il a constaté un changement de comportement de l'assurée (repli sur soi, manque d'initiative, tristesse, absence de contact social, peu d'estime de soi, depuis 2016 problème de concentration et de mémoire) depuis 2015, soit après sa séparation d'avec son ami et son licenciement. Une psychothérapie et des antidépresseurs ont été prescrits à la recourante. Selon le médecin, l'assurée était incapable de travailler du 19 octobre 2016 au 30 avril 2017, mais pouvait travailler à 50% du 1<sup>er</sup> mai 2017 au 7 juin 2017.

**5.5** Consultée par l'intimé, une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH du SMR a posé dans son rapport médical du 5 septembre 2017, sur la base du dossier médical de l'assurée, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un handicap d'apprentissage et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10: F 33.1) et comme diagnostics sans répercussion un diabète sucré de type 2 et un état consécutif à une strumectomie avec thyroïdectomie totale pour un goître multinodulaire avec gênes respiratoires. Concernant le profil d'exigibilité, il est relevé que l'assurée peut effectuer des activités simples en commençant à un taux d'activité de 50%. Dans son rapport médical complémentaire du 9 novembre 2017, la spécialiste a ajouté au vu aussi du certificat médical rhumatologique datant de 2009, troubles physiques que le dernier rapport du médecin traitant ne mentionne plus,

que l'activité ne devait pas être exercée à genoux et impliquer des échelles ou des échafaudages, mais devait faire varier les efforts et éviter tout travail nécessitant de maintenir la colonne vertébrale dans une position non physiologique ainsi que soulèvement et port ergonomiques de charges de plus de 10 kg. Enfin, la spécialiste a conseillé d'ordonner des mesures de réintégration et un traitement psychiatrique et psychothérapeutique.

**5.6** Dans son rapport du 6 mars 2018, la psychiatre traitante a attesté que l'assurée suivait une thérapie psychiatrique depuis le 30 novembre 2017 au rythme d'une consultation toutes les deux semaines avec traitement psychopharmacologique. Elle a relevé que l'assurée a développé des symptômes dépressifs anxieux suite à des facteurs de stress, comme sa séparation en 2014 d'avec son ami et de son licenciement en 2015. Elle a indiqué que l'état psychique actuel de la recourante ne lui permettait pas de travailler dans le circuit normal du travail et que le potentiel de réadaptation était fortement réduit, car il s'agissait d'une maladie psychiatrique chez une personnalité à traits rigides avec un niveau intellectuel inférieur à la norme. Une activité occupationnelle à temps partiel à 50% semblait, selon la psychiatre, toutefois être envisageable.

**5.7** Selon le rapport d'évaluation pour mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (rapport d'évaluation) du 22 juillet 2018, un projet de réinsertion en économie de marché était en l'état actuel difficilement envisageable, car, bien que l'assurée ait les connaissances intrinsèques, divers facteurs (stress, sollicitation) pouvaient la déstabiliser rapidement et péjorer son état de santé. Il a également été relevé que les objectifs n'avaient pas été atteints; notamment le taux horaire de 50% et le rendement, se situant entre 30 et 35 %, n'ont pas pu être augmentés malgré la prolongation de l'entraînement progressif. Une réinsertion dans un cadre protégé y a été proposée.

**5.8** Il ressort du rapport médical intermédiaire pour la réadaptation professionnelle/rente du 2 novembre 2018 établi par le médecin traitant, que l'état de santé de la recourante s'est dégradé. Comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail ont été retenus un niveau intellectuel inférieur à la moyenne avec restriction de l'attention et de

planification des actions, un syndrome dépressif prononcé, symptômes somatiques (maux de tête) et diabète sucré de type 2. Le médecin a, par ailleurs, attesté une incapacité de travail totale entre le 15 mars et le 30 avril 2017 ainsi qu'en 2018 et une incapacité de 50% entre le 1<sup>er</sup> mai et le 20 juillet 2017. Concernant les activités exigibles, il a indiqué qu'il devait s'agir de tâches simples avec gestes simples avec une cadence de travail pas trop rapide.

**5.9** La psychiatre traitante a indiqué dans son rapport du 1<sup>er</sup> février 2019 que l'assurée suivait un traitement psychiatrique intégré avec entretien toutes les deux à trois semaines en plus de la prise de médicaments et souffrait de troubles dépressifs récurrents épisode sévère (F33.2), de trouble anxieux phobique (F40.8), de personnalité anxieuse et dépendante (F61.0) et d'un retard mental léger (F70.0). Elle a attesté une incapacité de travail entière depuis 2015 (état stationnaire) et, selon elle, aucune activité lucrative avec les exigences du marché du travail n'était exigible; seule une activité occupationnelle en milieu protégé à temps partiel l'était.

**5.10** La spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH du SMR a confirmé dans son rapport du 8 avril 2019 la présence d'un handicap d'apprentissage et a estimé qu'une intégration sur le marché primaire du travail n'était pas envisageable en raison du fait que, lors de la prolongation de l'entraînement de fortification, le taux d'activité n'a pu être augmenté de manière significative. Elle a toutefois relevé que les rapports et observations ne permettaient pas de confirmer les diagnostics posés par les médecins traitants. Forte de ces constats, elle a préconisé la tenue d'une expertise psychiatrique.

**5.11** Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 30 août 2019, l'expert psychiatre (Dr D. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, expert certifié SIM) a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique (CIM-10 F33.11) depuis 2016, ainsi que des troubles paniques avec attaques de panique hebdomadaires (CIM-10 F41.0) également depuis 2016. Il a toutefois précisé que les indices jurisprudentiels de gravité étaient partiellement remplis si l'on prenait en compte les troubles

dépressifs récurrents moyens avec les attaques de panique (expertise 7.1). Concernant les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu un trouble mixte de la personnalité anxieuse et dépendante actuellement non décompensé (F61). Il a indiqué que ce trouble n'avait pas empêché l'assurée de se former, de travailler, de gérer adéquatement son quotidien ainsi que d'avoir une relation affective stable entre 2007 et 2014/2015, soit durant 7 à 8 ans (expertise 3.2.4, 5.G et 7.1). Concernant la capacité de travail, il a estimé que l'assurée avait une capacité de travail de 50%, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée au niveau d'acquisition dans l'économie libre depuis 2016, mais que la situation n'étant pas stabilisée, elle devait être réévaluée dans une année (expertise 9). Il était d'avis que le pronostic pour la suite était bon, étant donné la motivation de l'assurée et une possibilité d'améliorer la prise en charge pharmacologique avec un suivi psychiatrique hebdomadaire (expertise 9).

**5.12** Dans son courrier du 25 février 2020 produit en procédure d'observations sur préavis, la psychiatre traitante a exprimé l'avis que la recourante a une incapacité de travail totale dans le circuit normal du travail. Elle a notamment indiqué que l'état psychique de la recourante ne s'était pas stabilisé et a précisé que l'adaptation psychopharmacologique se faisait avec prudence pour éviter les effets indésirables et pour ne pas déstabiliser le programme journalier de l'assurée. Par ailleurs, elle a souligné que l'assurée, de personnalité anxieuse, présentait des douleurs chroniques, ce qui augmentait les défenses d'évitements et fixations sur des pensées négatives.

## **6.**

**6.1** Dans un premier temps, il y a lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 30 août 2019.

**6.2** La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine

connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**6.3** En l'espèce, d'un point de vue formel, le rapport d'expertise répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Il a été élaboré après étude du dossier médico-asséculo-logique ainsi que sur la base de deux entretiens avec examen clinique d'une durée totale de 6 heures, ce qui témoigne d'un examen fouillé. En outre, l'analyse est structurée et détaillée. L'expert a énuméré et pris en compte les avis médicaux antérieurs figurant au dossier et il a décrit clairement le contexte médical. Le fait que l'expert s'est trompé à deux endroits (expertise 1.2.2 et 3.2.3) sur la date du rapport médical du 6 mars 2018 (l'expert a indiqué le 6 mars 2019), causant ainsi une erreur dans l'énumération chronologique des avis médicaux, ne remet pas en cause la valeur de l'expertise, car le contenu du rapport médical a été retranscrit correctement et rien n'indique que le raisonnement de l'expert a été biaisé par une énumération chronologique imparfaite. Par ailleurs, l'expertise tient compte des plaintes formulées par la recourante (tristesse, fatigue, angoisse, trouble de la concentration et du sommeil, mauvaise confiance en soi avec des idées noires passives, augmentation de l'appétit, diminution des plaisirs) et comporte une anamnèse complète (psychiatrique, personnelle, familiale, professionnelle, sociale) ainsi que des conclusions motivées et une proposition d'évaluation médico-assurantielle avec description des éléments pris en compte dans l'analyse des indicateurs jurisprudentiels.

## **6.4**

**6.4.1** Sur le plan matériel, le rapport d'expertise permet tout d'abord aisément de comprendre pourquoi l'expert a admis la présence de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique (F 33.11) depuis 2016. Il a basé son diagnostic, d'une part, sur la présence depuis 2016 d'une tristesse modérée, d'une fatigue la plupart de la journée dans un

contexte d'isolement social partiel avec des attaques de panique au moins hebdomadaires ainsi que d'un ralentissement psychomoteur modéré, d'une estime de soi abaissée, d'idées noires passives et d'une diminution subjective de la concentration dans un contexte de capacités intellectuelles en dessous de la norme. D'autre part, il a relevé l'absence de culpabilité et l'évocation par la recourante de plaisirs partiels depuis 2016. Son analyse met ainsi de manière cohérente les différents critères de la dépression en lien avec ses constatations faites. Par ailleurs, son explication concernant le fait qu'il ne pouvait établir de trouble dépressif récurrent avec épisode dépressif sévère (F33.2), tel que retenu par la psychiatre traitante, au vu de la journée type chez la recourante qui décrit des plaisirs variés comme écouter de la musique, sorties avec des anciens collègues de C.\_\_\_\_\_, internet, mots cachés, qui gère seule son quotidien malgré sa fatigue et qui part régulièrement en vacances, est convaincante et se trouve pleinement assise dans l'anamnèse faite dans l'expertise (expertise 3.2.2, 3.2.9, 3.2.11). Il ne relève également aucune hospitalisation psychiatrique significative (expertise 3.2.14). Le diagnostic posé par l'expert est ainsi convaincant, sans qu'il soit nécessaire de prendre en compte l'argument supplémentaire de ce dernier selon lequel le suivi bimensuel sans changements fréquents de médication avec une posologie relativement réduite plaide également contre un trouble dépressif sévère. En ce qui concerne le diagnostic des troubles paniques avec attaques hebdomadaires depuis 2016 (F41.0), le raisonnement de l'expert, lequel se base sur un examen psychométrique pour l'anxiété et un examen clinique, est logique et explique clairement pourquoi la présence d'autres troubles mentaux pouvant provoquer de telles perturbations ne pouvait être retenue.

**6.4.2** S'agissant du trouble mixte de la personnalité anxieuse et dépendante actuellement non décompensé (F61), l'expert le justifie par le fait que la recourante a des attitudes et comportements nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement depuis le début de l'âge adulte, et ce de manière durable et stable (expertise 5.G.). L'expert est d'avis que ce diagnostic n'a pas de répercussion sur la capacité de travail, car ce dernier n'a pas empêché la recourante de gérer son quotidien de manière adéquate en dehors des épisodes dépressifs récurrents moyens, ni de se former, de travailler dans le passé et d'avoir

une relation stable. Bien que la recourante, ainsi que l'allègue sa psychiatre traitante dans son rapport du 25 février 2020, au degré de la vraisemblance prépondérante ait rencontré des difficultés dans sa scolarisation et que sa formation professionnelle d'une durée de 2 ans se soit déroulée dans une école privée sans obtention de CFC, il faut toutefois constater qu'elle a pu travailler la majorité du temps entre 1994 et 2015. L'expert ayant établi que ce trouble remonte au début de l'âge adulte, il est par conséquent cohérent de retenir que ce dernier n'a pas de répercussion déterminante sur la capacité de travail de la recourante, indépendante des affections l'impactant reconnues.

**6.4.3** S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'expert psychiatre a retenu que, depuis 2016 au moment de la rédaction de l'expertise, l'assurée était à même de travailler à hauteur de 50% sans baisse de rendement dans une activité adaptée (hiérarchie simple, sans enjeux relationnels complexes et sollicitation légère d'un point de vue intellectuel) au niveau d'acquisition dans l'économie libre (expertise 9.1). La recourante se méprend en retenant que l'expert a déduit de son état de santé non stabilisé une incapacité de travail totale le jour de l'expertise. Ce dernier a indiqué explicitement qu'elle était capable de travailler à 50% dans une activité adaptée à son niveau d'acquisition depuis 2016 au présent, soit au moment de l'expertise (expertise ch. 9.1). La nuance ajoutée par l'expert concernant le fait que la situation était instable et qu'une réévaluation dans une année après une amélioration du traitement devait avoir lieu, se rapporte à une éventuelle augmentation de la capacité de travail dans le futur. Ceci ressort notamment des réponses non ambiguës données par l'expert aux différentes questions sous le ch. 9.2 de l'expertise, en particulier en confrontant celles relatives au pourcentage de capacité de travail et à l'évolution prévisible, par rapport aussi à l'appréciation des chances de guérison (expertise 8.2).

**6.4.4** Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expert psychiatrique apparaissent comme étant cohérentes et probantes sur le plan médico-théorique. Toute mesure d'instruction complémentaire est superflue.

## **7.**

**7.1** Bien que l'intimé admette que l'expertise médicale du 30 août 2019 revêt une pleine valeur probante (mémoire de réponse C. b.5.), il estime qu'il résulte de l'examen juridique des indicateurs à prendre en compte, qu'une atteinte à la santé à caractère invalidant fait défaut. Il convient par conséquent de déterminer si à l'instar des appréciations de l'expert, cohérentes et probantes sur le plan médico-théorique, ses propositions d'évaluation de la capacité de travail peuvent être suivies sous l'angle juridique du droit de l'AI (voir ci-dessus c. 2.1.2 et 2.1.3).

## **7.2**

**7.2.1** Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 1ère phr. LPG). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 c. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.2 et 2.2.1, SVR 2016 IV n° 25 c. 6). Si une atteinte à la santé psychique assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La

grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standard. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

**7.2.2** L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé, et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 LPG; ATF 141 V 281 c. 5.2.2). Une évaluation parallèle détachée de l'appréciation médicale qui interviendrait en vertu d'un meilleur savoir juridique n'est toutefois pas autorisée. Il faut bien davantage se demander dans le cadre de l'appréciation des preuves si les limitations fonctionnelles constatées médicalement apparaissent à un degré (à tout le moins) de vraisemblance prépondérante univoques et concluantes au vu du cadre normatif applicable. En fin de compte, la question décisive demeure celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble; celle-ci ne peut être résolue, en droit des assurances sociales, que d'un point de vue juridique (ATF 145 V 361 c. 3.2.2, 144 V 50 c. 4.3).

**7.3** En l'occurrence, au premier niveau de l'analyse structurée définie par la jurisprudence, le TA retient, à l'instar de l'intimé (mémoire de réponse C b 9) et de la recourante, que l'expertise psychiatrique ne recèle aucun élément relatif à un motif d'exclusion. Dans l'analyse au deuxième niveau, d'abord quant au degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte, l'expert, relevant une tristesse modérée, une intolérance au stress avec impulsivité, des difficultés de concentration subjectives, une fatigue objective avec un ralentissement psychomoteur modéré, un isolement social partiel avec des attaques de panique, a retenu que les limitations

fonctionnelles psychiatriques étaient modérées impliquant une atteinte à la santé modérée (expertise 7.1.1. s.). Ce point ne donne pas lieu à la critique, l'expert ayant pris en compte les éléments importants. En ce qui concerne l'indicateur "succès du traitement ou résistance au traitement", l'expert a relevé une stabilisation objective des troubles mais sans guérison malgré la prise d'un traitement antidépresseur suivi conformément à ce qui a été prescrit, selon aussi ce que la recourante lui a dit lors de l'expertise. L'expert en a dès lors inféré une inadéquation du traitement pharmacologique inchangé depuis plus d'une année sans faute probable de la part de la recourante. Contrairement à ce que pense l'intimé, l'existence d'autres possibilités thérapeutiques et l'absence de résistance au traitement ne peuvent être retenues au motif que l'expert a relevé un suivi psychiatrique et pharmacologique insuffisant, l'intimé ne les ayant pas exigés de l'assurée (art. 21 al. 4 LPGA). Par ailleurs, il ne se justifie pas de mettre l'accent sur une absence d'hospitalisation psychiatrique significative étant donné que ce point a déjà été pris en compte pour poser le diagnostic du trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (voir ci-dessus c. 6.4.1). Enfin, bien que l'expert ait relevé une motivation ambivalente pour une réadaptation professionnelle, il faut relever que la recourante a déjà effectué une mesure de réadaptation qui s'est soldée par un échec (rapport d'évaluation du 22 juillet 2018). S'agissant de l'indicateur "comorbidité", on ne peut pas suivre l'intimé constatant l'absence de comorbidité. Le raisonnement de l'expert doit aussi être précisé. En plus de la comorbidité partielle qu'il admet en fonction du trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique qui interagit avec les troubles paniques, selon la jurisprudence, dès que des troubles (indépendamment de leur diagnostic) ont un effet limitatif sur les ressources ils sont pris en considération en tant que comorbidité (ATF 143 V 418 c. 8.1). En l'occurrence, bien que le trouble mixte de la personnalité n'ait pas empêché l'assurée de se former, travailler, gérer son quotidien, d'avoir une relation affective stable durant 7 à 8 ans, il n'en ressort cependant pas moins qu'il la limite, comme en témoigne par exemple l'entretien du 10 avril 2018 avec le service de réadaptation (Protokoll p. 4). On peut également se référer au rapport du 14 décembre 2016 de la fondation chargée de la mesure de réadaptation (page 2 dudit rapport). Dès lors, il faut retenir un élément de comorbidité. Sur le plan des ressources, l'expert est d'avis qu'elles sont

existantes, mais réduites. Il le motive en mentionnant à titre exemplatif que l'assurée arrive à gérer son quotidien malgré son ralentissement psychomoteur, à avoir une vie sociale diminuée, à partir en vacances et à travailler à 50% dans un atelier protégé (expertise 8.1). Son raisonnement se base ainsi pleinement sur une synthétisation des éléments relevés notamment dans l'anamnèse (soutien par ses parents et par de rares amis qu'elle rencontre peu souvent mais avec qui elle téléphone régulièrement [expertise 3.2.2 et 3.2.9], rencontres occasionnelles avec ses anciens collègues [3.2.10], gestion seule du quotidien [expertise 3.2.2]), vacances avec sa famille en juillet 2019 [expertise 3.2.11]). Le constat que l'assurée garde de bonnes capacités et ressources personnelles ne permet pas pour autant de les considérer comme entières. C'est ce que confirme l'expert en constatant un isolement social partiel (expertise 7.1.7). Enfin, en ce qui concerne la cohérence, eu égard particulièrement au fait que l'isolement social partiel de la recourante remonte à 2016 (expertise 3.2.10), soit au moment de l'apparition des troubles, et que la gestion de son quotidien soit ralentie par la fatigue (expertise 3.2.9, 3.2.11), on ne peut que rejoindre l'expert, lequel retient des limitations présentes uniformément dans toutes les activités quotidiennes. En ce qui concerne le poids effectif des souffrances, il est vrai que le taux sanguin d'Anfranil est infra clinique et que, selon l'expertise, il y aurait une possibilité d'amélioration du traitement psychiatrique. Cependant, il est cohérent de la part de l'expert de ne pas en tirer de conclusion, du moment qu'il a aussi constaté une stabilité des troubles grâce au traitement actuel (expertise 8.2) et une motivation de la part de l'assurée à suivre le traitement et à travailler à 50% (expertise 9.2 et 8.4). A cela s'ajoute que la psychiatre traitante n'a nullement relevé un problème dans le suivi du traitement (rapport du 6 mars 2018). La remarque de l'intimé concernant une discordance dans le fait de demander une rente AI alors que la gestion du quotidien est assurée, n'est, du reste, pas replacée dans le contexte de la situation particulière de la recourante qui a toujours vécu avec ses parents, même pendant la relation amicale qu'elle a entretenue pendant environ sept ans jusqu'en juillet 2014 (voir expertise 3.2.9 et l'adresse figurant sur les divers documents médicaux; voir aussi le fait que son père l'a accompagnée au premier entretien auprès de l'Office AI Berne le 31 mai 2017).

**7.4** Au vu de ce qui précède, le TA considère que l'évaluation figurant dans l'expertise est également pertinente sous l'angle juridique et que, par conséquent, la restriction partielle de la capacité de travail à laquelle l'expert psychiatre conclut logiquement, l'emporte avec une vraisemblance prépondérante. Une autre appréciation, comme celle faite par l'intimé (basée notamment sur un reproche infondé de mauvaise compliance, sur une déduction erronée d'absence de comorbidité et sur une exagération des ressources personnelles non replacées dans leur contexte), irait au-delà du contrôle juridique à effectuer. En effet, l'intimé sans requérir aucun complément médical d'information et pour aboutir à un résultat foncièrement divergent, a véritablement procédé à une évaluation parallèle détachée de l'appréciation médicale au prétexte d'un meilleur savoir juridique, ce qui n'est pas autorisé (voir ci-dessus c. 7.2.2). A l'inverse, l'estimation de la recourante tendant à déduire de l'analyse structurée une capacité de travail nulle ne peut pas non plus être suivie. En effet, comme expliqué ci-dessus (c. 6.4.3), on ne peut pas interpréter les conclusions de l'expert au sens qu'il a véritablement retenu une telle incapacité de travail au moment de l'expertise.

## **8.**

**8.1** Hormis les diagnostics spécifiquement psychiques, la médecin du SMR a indiqué, dans son rapport médical du 5 septembre 2017, sur la base d'une synthèse du dossier médical, que l'assurée souffrait d'un handicap d'apprentissage (QI de 76 [WAIS-IV]) engendrant une vitesse de travail plus lente. Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, il n'y a cependant pas lieu d'en tenir compte en soi comme atteinte à la santé invalidante, le QI étant supérieur à 70 (voir par ex. arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C\_608/2018 du 11 février 2019 c. 5.2). Au demeurant, les troubles psychiques à l'origine de l'incapacité de travail déterminée par l'expert psychiatre, se sont développés progressivement au cours de l'existence de la recourante en grande partie, précisément, en raison de capacités intellectuelles en dessous de la norme, mais sans retard mental (expertise 5.G). L'appréciation psychique tient donc aussi compte du handicap d'apprentissage et du ralentissement psychomoteur. Par ailleurs, dans son

rapport complémentaire du 9 novembre 2017, la médecin du SMR a retenu, sur la base du rapport médical du rhumatologue du 17 avril 2009 et celui du médecin traitant du 19 mai 2017, une impossibilité d'effectuer des travaux physiques et des problèmes de dos amenant à des restrictions physiques dont il fallait tenir compte dans le profil d'exigibilité. Cette analyse est convaincante au vu des rapports médicaux versés dans le dossier, quand bien même la psychiatre du SMR en charge du cas n'est pas spécialisée en rhumatologie ou orthopédie. Du reste, cette appréciation n'est pas contestée par la recourante qui a, elle-même, produit le rapport rhumatismal bien qu'il soit relativement ancien. L'expert psychiatre a également rapporté que la recourante ne faisait pas valoir d'autres plaintes somatiques (expertise 4.3.1). L'avis du SMR emporte ainsi pleinement la conviction du TA.

**8.2** Il s'ensuit qu'il convient de retenir que la recourante est à même de travailler à hauteur de 50%, sans baisse de rendement, dans un emploi adapté tant au plan psychiatrique (hiérarchie simple, sans enjeux relationnels complexes et légère d'un point de vue intellectuel) que somatique (restrictions physiques).

## **9.**

Il y a lieu de calculer le degré d'invalidité de la recourante.

**9.1.** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

## **9.2**

**9.2.1** Est tout d'abord litigieuse la question de la mise à profit de la capacité de travail résiduelle de la recourante. Cette dernière est d'avis que sa capacité de gain résiduelle est nulle, la description de l'activité adaptée faite par l'expert correspondant à une activité dans un atelier protégé. En

outre, elle relève que la psychiatre traitante est arrivée, dans son rapport du 25 février 2020, à la même conclusion.

**9.2.2** Pour pouvoir pratiquer la comparaison des revenus, le revenu de l'activité raisonnablement exigible de l'assuré doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré. Cette notion théorique et abstraite sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Le marché du travail équilibré se caractérise par un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et comprend un marché du travail qui présente un éventail des activités les plus diverses, en ce qui concerne aussi bien les exigences professionnelles et intellectuelles requises que l'engagement physique. Cette notion comprend également les emplois dits de niche, à savoir des offres de poste et de travail, dans lesquelles les personnes handicapées peuvent compter sur une bienveillance sociale de la part de l'employeur. Selon la jurisprudence, il ne faut pas subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives (ATF 138 V 457 c. 3.1; SVR 2019 IV n° 21 c. 4.2).

**9.2.3** En l'occurrence, le rapport d'expertise psychiatrique préconise une hiérarchie simple, sans enjeux relationnels complexes et une sollicitation légère d'un point de vue intellectuel. Bien que l'expert, relevant que la recourante travaillait depuis 2018 à 50% dans un atelier protégé, ait indiqué que la capacité de travail a été de 50% sans baisse de rendement depuis 2016 dans l'activité actuelle qui est une activité adaptée (expertise 9.2), on ne peut en déduire que la capacité de travail résiduelle de la recourante ne puisse pas être mise également en valeur dans un emploi disponible sur un marché de travail équilibré. L'argument de la psychiatre traitante, selon lequel le fait que la recourante ait échoué, lors des mesures de réinsertion, à accroître son temps de présence (taux de 50%) et ses performances (productivité entre 30 et 35%; voir aussi rapport d'évaluation du 22 juillet 2018), ne permet pas de remettre en cause le profil d'exigibilité défini par l'expert comme susceptible d'être exploité dans l'économie libre. Au demeurant, l'expertise a été réalisée entre juin et août 2019 en connaissance du rapport de la psychiatre traitante et de celui des

responsables de la mesure d'entraînement au travail et la recourante a indiqué à l'expert ne pas avoir de difficultés à exercer son activité professionnelle à 50% (expertise 3.2.8). De plus, en novembre 2018, le médecin traitant, bien que réservé quant au marché du travail actuel, n'excluait pas l'employabilité de sa patiente. Or, de jurisprudence constante, les données médicales l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites notamment à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (TF 9C\_323/2018 du 20 août 2018 c. 4.2 et les références). Enfin, les restrictions du volet somatique ne sont pas d'une telle ampleur qu'elles exigeraient une activité spécifique introuvable sur un marché du travail équilibré. En effet, la recourante peut notamment effectuer un travail de triage, d'assemblage simple ou auxiliaire, soit des activités qu'on retrouve sur un marché du travail équilibré.

**9.3** Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222). En l'espèce, l'assurée a présenté une incapacité partielle à travailler au moins pendant une année sans interruption notable à partir de 2016. Ayant toutefois déposé sa demande de prestations le 8 mai 2017, le droit à une rente pourrait prendre naissance au plus tôt à partir du mois de novembre 2017, année de référence pour procéder à la comparaison des revenus (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**9.4** Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, en vertu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires

réels (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Tel sera le cas si le dernier salaire que la personne assurée a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'elle aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, si elle était restée valide, par exemple, lorsqu'avant d'être reconnue définitivement incapable de travailler, la personne assurée était au chômage (TF 9C\_416/2010 du 26 janvier 2011 c. 3.2). Il en va de même, lorsque l'assuré aurait de toute façon perdu l'emploi occupé avant la survenance de l'incapacité de travail (TF 9C\_740/2013 du 13 mars 2014 c. 4.2). En l'occurrence, la recourante a été licenciée de son dernier emploi en 2015 en raison d'une restructuration économique. Indépendamment de son invalidité, elle n'aurait ainsi pas pu continuer à travailler dans cette entreprise. Par ailleurs, elle a bénéficié de l'assurance-chômage dès novembre 2015, et ce jusqu'au moins en juin 2017. C'est donc à raison que l'intimé s'est fondé sur une donnée statistique pour évaluer le revenu sans invalidité.

**9.5** S'agissant du revenu avec invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 143 V 295 c. 2.2). Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidité peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'ESS publiée par l'OFS (ATF 143 V 295 c. 2.2; SVR 2019 IV n° 28 c. 5.1.3). Par ailleurs, il convient de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte pour tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du

pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3). Il est à noter que les restrictions de santé déjà intégrées dans l'évaluation de la capacité de travail au plan médical ne peuvent être également prises en compte dans la fixation de l'abattement lié au handicap, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect (SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2). En l'occurrence, c'est également à raison que l'intimé a choisi de se référer à la même base statistique que celle utilisée pour le revenu sans invalidité. Eu égard toutefois au résultat auquel parvient le TA pour l'évaluation de la capacité de travail (voir ci-dessus c. 8.2), il y a lieu de se référer à un pensum résiduel de travail à 50%. En ce qui concerne la question d'un éventuel abattement à consentir en sus sur ce montant, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'intimé qui a retenu une réduction de 10% au vu des domaines d'activité possibles réduits en raison de l'atteinte à la santé physique, aspect pas englobé dans l'appréciation de l'expert en psychiatrie.

**9.6** De la comparaison de deux salaires chiffrés selon une même base statistique, le revenu sans invalidité à 100% et celui avec invalidité à 50%, réduit d'un abattement supplémentaire de 10% (soit un revenu de 45%), résulte une perte de gain, à savoir un taux d'invalidité, de 55% ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité dès novembre 2017 (calcul simplifié au sens de l'arrêt TF 9C\_675/2016 du 18 avril 2017 = SVR 2017 IV n° 71 c. 3.2.1 rendant superflues l'indexation des salaires et leur adaptation à la durée normale du travail dans les entreprises, opérations qui devraient se faire de façon équivalente pour les deux termes de la comparaison).

## **10.**

**10.1** Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, soit dans la mesure de la conclusion subsidiaire, et la décision contestée du 7 avril 2020 est annulée. Une demi-rente d'invalidité est accordée à la recourante à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2017. Il appartiendra à l'Office AI Berne

de faire procéder au calcul de cette rente. Pour le surplus (conclusion principale), le recours est rejeté.

**10.2** La recourante n'a pas à subir de conséquences négatives sur la répartition des frais et dépens, du fait de sa conclusion principale exagérée. En effet, la recourante obtient tout de même gain de cause sur le principe d'un droit à une rente et seul le niveau de cette dernière s'avère inférieur à la conclusion principale tendant à l'octroi d'une rente entière, ce qui n'a pas influencé l'ampleur de la procédure (ATF 117 V 401 c. 2c; SVR 2016 IV n° 12 c. 5).

**10.2.1** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, dont la succombance doit être considérée comme totale (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante lui est restituée.

**10.2.2** Vu l'issue de la cause, la recourante, représentée par un avocat, a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire, de la pratique du TA dans des cas semblables et vu la représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, visible sur le site [www.justice.be.ch/ta](http://www.justice.be.ch/ta) -> Téléchargements & publications), il se justifie de fixer, en l'absence de présentation d'une note d'honoraires, les dépens à Fr. 1'300.- (débours et TVA compris) et de les mettre intégralement à la charge de l'intimé.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est partiellement admis et la décision attaquée est annulée en tant qu'elle refuse tout droit à une rente d'invalidité. Une demi-rente d'invalidité est allouée à la recourante dès le 1<sup>er</sup> novembre 2017. L'intimé fera procéder au calcul et au versement de la prestation en rendant la ou les décision(s) nécessaire(s). Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 1'300.- (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à la Fondation E. \_\_\_\_\_,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière :

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).